



Prefeitura Municipal de Guariba

ESTADO DE SÃO PAULO

CNPJ 48.664.304/0001-80

MENSAGEM Nº 36 - DO SR. PREFEITO DO MUNICÍPIO DE GUARIBA

Guariba, 16 de maio de 2.023.

Senhor Presidente,
Senhores Vereadores,
Senhoras Vereadoras.

Tenho a honra de encaminhar, por intermédio de Vossa Excelência, à elevada deliberação dessa colenda Câmara Municipal, o incluso projeto de lei que **“AUTORIZA A ABERTURA DE CRÉDITOS ADICIONAIS, NO ORÇAMENTO GERAL DO MUNICÍPIO, NO VALOR DE R\$ 626.000,00 (SEISCENTOS E VINTE E SEIS MIL REAIS), VISANDO AO ATENDIMENTO DE DESPESAS CORRENTES”**, para que seja apreciado em regime de urgência, nos termos do “caput” do artigo 43, da Lei Orgânica do Município, bem como observadas as disposições pertinentes do Regimento Interno dessa ilustre Casa Legislativa.

Os créditos adicionais constantes do presente projeto de lei se fazem necessários para custear despesas com a contratação da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Guariba, para prestar serviços de realização de exames de diagnóstico por imagem, visto que a Secretaria Municipal de Saúde vem enfrentando dificuldades em encontrar profissionais habilitados a realizar exames de diagnóstico por imagem e atender a atual demanda deste serviço na Municipalidade.

Optou-se por contratar a Santa Casa por possuir aparelho e capacidade técnica para prestar esse tipo de serviço, sendo ela a única prestadora de serviço na cidade a obrar preço de tabela SUS, além de ter preferência por ser filantrópica. Além do mais, a Secretaria da Saúde justificou que a necessidade administrativa de contratação direta da Santa Casa se deve ao fato de que os exames de diagnóstico de imagem precisam ser feitos, obrigatoriamente, em ambiente hospitalar. Assim, enquanto a Santa Casa possui equipamento para exames de radiologia e mamografia, a Prefeitura possui os de ultrassonografia, colonoscopia e endoscopia que estão com uso permitido à Santa Casa, mediante Decreto nº 4.065, de 16/12/2021.

Anexo ao presente projeto de lei, cópia da solicitação de abertura de crédito emitida pela Contadoras Fabiana de Oliveira Soares Vieira.

Diante do exposto, aguardo de Vossa Excelência e de seus nobres pares que reconheçam a importância deste projeto de lei, colocando-o em discussão e votação, **com a máxima urgência possível**, visto ser projeto de relevante interesse público.

À oportunidade renovo a Vossa Excelência e demais Pares, os protestos de elevada estima e consideração.

Respeitosamente,


CELSO ANTONIO ROMANO
Prefeito Municipal

A Sua Excelência o senhor Vereador **CÁSSIO APARECIDO PEREIRA**, Digníssimo Presidente da Câmara Municipal de Guariba, Estado de São Paulo.

Av. Evandro Vaz, 1.190 - Fone: (0xx16) 3251-9422 - CEP 14840-000 - Cx. Postal, 49

E-mail: guariba@guariba.sp.gov.br - www.guariba.sp.gov.br

ILMO. SR.

CELSO ANTÔNIO ROMANO

MD. Prefeito Municipal de Guariba

A abaixo assinada **Fabiana de Oliveira Soares Vieira**, cargo: **Contadora**, vem através deste, solicitar o envio de projeto de lei à Câmara Municipal, objetivando a suplementação orçamentária, **por meio de superávit** para acorrer com as seguintes despesas:

1. Abertura de crédito suplementar no valor de **R\$ 626.000,00 (seiscentos e vinte e seis mil reais)**, para fins de custear despesas com a contratação de prestação de serviços para exames de diagnóstico por imagem. A Secretaria Municipal de Saúde vem apresentando dificuldade em encontrar profissionais habilitados a realizar exames para atender a demanda do Município, e visando o interesse público, optou por contratar a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Guariba para realizar os exames da Rede Municipal (Atenção Primária), tendo em vista que o hospital possui capacidade técnica para prestar o serviço, sendo o único prestador da cidade a preço SUS, e tem preferência por ser filantrópico. Justifica a Secretaria Municipal de Saúde que a necessidade administrativa de contratação direta da Santa Casa se deve ao fato de que os exames de diagnósticos de imagens precisam ser feitos, obrigatoriamente, em ambiente hospitalar, enquanto que a própria entidade hospitalar possui o equipamento para exames de radiologia e mamografia, e a Prefeitura possui os de ultrassonografia, colonoscopia e endoscopia que estão com permissão de uso por tempo indeterminado, outorgada mediante decreto municipal. Classificado e codificado conforme segue:

Unidade Orçamentária	02.05.01	SECRETARIA DE SAÚDE
Funcional: 10.302.0039.2.121000.3.3.90.39 OUTROS SERV. PJ		
Dotação: 97	Valor:	R\$ 626.000,00
Código de Aplicação: 302.0000		

Termos em que,
Aguarda-se Providências.

Guariba, 05 de maio de 2023



Fabiana de Oliveira Soares Vieira
Responsável pelo Planejamento e Orçamento Público



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GUARIBA

Em, 09 de Maio de 2023.

Ofício nº. 090/2023

Conforme solicitado, vimos justificar a realização dos exames na Santa Casa de Guariba (Radiologia, Mamografia, Ultrassonografia, Endoscopia e Colonoscopia)

1- Ultrassonografia:

- A média mensal era de 384 exames realizados pela Secretaria da Saúde, mais a disponibilização exclusiva de 01 funcionária Técnica de Enfermagem para o serviço; mas devido o aumento considerável da demanda contratualizamos com a Santa Casa de Guariba 500 exames mês + a não utilização de um funcionário..
- Inclusão de ultrassonografia doppler (60 exames) mês, 02 punções de tireóide e 02 punções de mama, antes realizadas em Ribeirão Preto, reduzindo os custos com transporte.

2- Radiologia:

- A média mensal era de 500 exames, mas devido o aumento da demanda contratualizamos 600 exames mês.

3- Endoscopia:

- A media mensal era de 40 exames/mês, mas devido o aumento da demanda, contratualizamos 50 exames / mês;
- Redução dos insumos, testes utilizados nos exames para detectar bactérias, peças de anatomopatológico antes enviadas para Ribeirão Preto, custeadas pela Secretaria da Saúde e 02 funcionárias Técnicas de Enfermagem exclusiva para o serviço.

4- Colonoscopia:

- A média mensal era de 24 exames/mês, mas devido o aumento da demanda, contratualizamos 25 exames / mês;
- Redução dos insumos, peças de anatomopatológico antes enviadas para Ribeirão Preto, custeadas pela Secretaria da Saúde, e 02 funcionárias Técnicas de Enfermagem exclusiva para o serviço.

Atenciosamente.


ELIZABETH HELENA CORREA LEITE
Secretária Municipal da Saúde



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GUARIBA

ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR

\$ 626.000,00

OBJETIVO DESTE DOCUMENTO

Identificar e analisar os cenários para o atendimento da demanda, bem como demonstrar a viabilidade técnica e econômica das soluções identificadas, fornecendo as informações necessárias para subsidiar o respectivo processo de contratação.

OBJETO

Prestação de Serviço de Exames de Imagem para atender os usuários do Sistema Único de Saúde SUS.

FINALIDADE

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Guariba é a única instituição existente no município, voltada para o atendimento da saúde da população, em regime de filantropia, que mantém convênio com o SUS - Sistema Único de Saúde. A Irmandade possui em seu corpo clínico uma quantidade muito variada de profissionais de medicina, que atuam nas mais diferentes especialidades médicas e podem atender, prontamente, os interesses dos serviços públicos municipais, juntamente com equipe de enfermagem profissional suficientemente treinada para garantir a eficiência e a qualidade dos serviços de atendimento da população.

A Santa Casa já se encontra vinculada ao convênio de municipalização de saúde, e por força do convênio do Sistema Único de Saúde - SUS, toda e qualquer composição feita entre a entidade privada e o poder público, a título de parceria voltada para o atendimento da população, no campo da saúde pública, utiliza-se tabela de preços com base na Tabela SUS, que, originariamente, ficam situados abaixo dos preços do mercado profissional, conseguindo executar serviços públicos dentro do padrão de economicidade.

Destacamos também que a capacidade instalada da Irmandade permite a realização dos exames de média complexidade com mais economicidade, evitando deslocamento de pacientes para outras cidades.

ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES

O quantitativo definido de exames foi estimado pelas solicitações que recebemos na Secretaria da Saúde e deverá estar de acordo com a tabela constante no anexo I:

DECLARAÇÃO DE VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO

Os estudos preliminares evidenciaram que a contratação da solução aqui apresentada, ou seja, contratação de prestação de serviços para exames de diagnóstico por imagem, mostra-se possível tecnicamente e fundamentadamente necessária diante do exposto, declara-se ser viável a contratação pretendida.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GUARIBA


Bruna de Oliveira Silva
Coordenadora de Área

Em, 20 de Março de 2023.


ELIZABETH HELENA CORREA LEITE
Secretária Municipal de Saúde

PARECER TÉCNICO

A Secretaria Municipal de Guariba apresentando dificuldade em encontrar profissionais habilitados a realizar exames para atender a demanda do Município, e visando o interesse público, optou por contratar a Irmandade da Santa de Misericórdia de Guariba para realizar os exames da Rede Municipal (Atenção Primária), tendo em vista que o Hospital possui capacidade técnica para prestar esse o serviço, sendo o único prestador da cidade a preço SUS, e tem a preferência por ser filantrópico.

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia local possui Termo de Convênio com o Gestor do SUS de Contratualização (Atenção Especializada) de Serviços e Ações de Saúde já em execução.¹

Assim sendo foram incluídos nesse Convênio a realização pelo Hospital a demanda de exames da população de Guariba.

Ocorre que houve conflito na forma de aplicação dos recursos e as respectivas Prestações de contas. O Hospital prestou contas dos exames na Contratualização e em 2023, o setor de empenho, também empenhou na Contratualização.

A Portaria Consolidada do SUS nº 6, atualizada reza que:

Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 828 de 14.04.2020)

“I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e (Redação dada pela PRT GM/MS nº 828 de 14.04.2020)”

“II - Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. (Redação dada pela PRT GM/MS nº 828 de 14.04.2020)”

“I - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde:

- “I - Atenção primária;
- II - Atenção especializada;
- III - Assistência Farmacêutica;
- IV - Vigilância em Saúde; e
- V - Gestão do SUS”

¹ A contratualização é um processo pelo qual as partes, o gestor municipal SUS e representante legal do hospital, estabelecem metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde e de gestão hospitalar, formalizadas por meio de um instrumento contratual: convênio, contrato.

JUSSARA SANTOS DE OLIVEIRA – 03530650803- ME
Rua Valentim Mestriner, 281 – Bairro Iguatemi
Ribeirão Preto/SP CEP 14091-420 FONE: (16) 9 8807-5347
CNPJ: 035.535.310/0001-95

“§ 2º Os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde relacionados ao próprio bloco, devendo ser observados: (Redação dada pela PRT GM/MS nº 3.992 de 28.12.2017)”

A Prefeitura Municipal complementa com recursos próprios do Fundo Municipal de Saúde os repasses de fundos a fundo tanto na Atenção Primária, quanto na Atenção Especializada.

Esses exames da Rede Municipal foram custeados com recursos municipais do Fundo Municipal de Saúde (Atenção Primária), mas foram aplicados pelo Hospital na conta do Convênio de Contratualização (Atenção Especializada).

O Convênio nº 01/2018 autoriza o repasse para as Ações e Serviços de Saúde de Média e Alta Complexidade contratualizados (Atenção Especializada), não podendo ser misturado os recursos da Atenção Primária, uma vez que a aplicação dos recursos estão vinculados ao Plano de Saúde Municipal.

A introdução dos exames no Convênio de Contratualização gerou muita confusão tanto para a Prefeitura quanto para o Hospital, que aplicou os recursos repassados para os exames da Rede Municipal na conta do Convênio, impossibilitando da Prestação de Contas separadas.

O valor dos exames, do Termo Aditivo nº 30 ao Convênio de Contratualização nº 01/2018 de 01/11/2018, com vigência de 01/01/2023 a 31/03/2023, foi empenhado nos recursos da Contratualização.

Isto significa que para os pagamentos dos exames realizados de janeiro a março de 2023 não tem empenho prévio, porque o empenho está nos recursos da Contratualização.

A mesma fonte de recurso para ações e serviços de saúde diferentes (Atenção Primária e Atenção Especializada) originaram dificuldades no empenho das despesas, nos pagamentos, na prestação de contas diferentes, uma vez que a Contratualização é por cumprimento de metas e a prestação de serviços dos exames da Rede Municipal é por produção após auditados.

Por todo o exposto, essa Assessoria sugere a retirar dos exames da Rede Municipal do Convênio de Contratualização nº 01/2018 de 01/11/2018, tendo em vista que são custeados com recursos municipais confundindo com os recursos municipais de complementação do Teto MAC, gerando conflito na aplicação dos recursos.

Ribeirão Preto, 26 de janeiro de 2023.

Jussara Santos de Oliveira



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GUARIBA

TERMO DE REFERÊNCIA PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICOS POR IMAGEM

OBJETO

A presente licitação objetiva a contratação de empresa para prestação de serviço de exames de Radiologia, Mamografia, Ultrassonografia, Endoscopia e Colonoscopia para a Secretaria Municipal da Saúde.

JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal da Saúde, em face da necessidade de contratação de empresa especializada no fornecimento de exames de diagnóstico por imagem, para atender às demandas da Secretaria da Saúde para garantir o atendimento ao público usuário do Sistema Único de Saúde – SUS. A aquisição desses exames visa promover a melhoria da efetividade das ações em saúde, devendo sua disponibilização ser garantida por meio de política que assegure o acesso desta população ao objeto citado, oferecendo, segurança, eficácia, qualidade e o menor custo possível, mantendo assim os serviços públicos em níveis aceitáveis ao funcionamento dos trabalhos, para o cumprimento de sua finalidade com eficiência, continuidade e economia.

DA CONTRATAÇÃO E EXECUÇÃO

O contrato deverá ter a **vigência de 12 meses**, prevendo prorrogação de acordo com a legislação vigente.

A possibilidade de realinhamento de preços poderá ser considerada desde que devidamente e comprovadamente justificada pelo fornecedor vencedor do certame, condicionada a parecer técnico.

A licitante vencedora deverá possuir registro de revisões dos equipamentos de uso;

A agenda deverá ser disponibilizada de acordo com a necessidade/ demanda mensal descrita no contrato;

Mediante problemas relacionados ao agendamento de exames a Secretaria de Saúde deverá ser avisada com antecedência;

A contratada deverá realizar os exames de acordo com a solicitação/autorização da Secretaria Municipal de Saúde;

Os exames com prioridade alta deverão ser realizados em até 05 (cinco) dias úteis e em casos de exames urgentes, no prazo máximo de 48 (quarente e oito) horas a partir da realização do exame;

A empresa vencedora deverá entregar os resultados em até 5 (cinco) dias, sob pena de multa de 20% do valor do contrato.

As vias originais dos exames deverão ser devolvidas com cópia anexadas nas mesmas para fins de faturamento;

O pagamento será efetuado, através de depósito bancário, no prazo de 30(trinta) dias após a comprovação da execução do serviço, nas condições exigidas, bem como, após a apresentação dos respectivos documentos fiscais, devidamente aprovados pelo órgão Requisitante. Para facilitar o recebimento, recomenda-se a menção do número da conta corrente e da agência em que a licitante seja correntista.



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GUARIBA

Os serviços prestados serão auditados, e se encontrado irregularidades devolvidos à empresa para reavaliação.

DESCRIÇÃO DOS ITENS - RADIOLOGIA

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Qtd. Mensal
1	0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	5
2	0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	6
3	0204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	5
4	0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	5
5	0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	5
6	0204010136	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHO)	3
7	0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	20
8	0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSICA (PA + LATERAL + BRETTON)	5
9	0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	5
10	0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	5
11	0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	5
12	0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	45
13	0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	5
14	0204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	5
15	0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	5
16	0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR	15
17	0204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	5
18	0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	5
19	0204020131	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESPONDILOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	5
20	0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	5
21	0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	5
22	0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	5
23	0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	5
24	0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	75
25	0204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)	5
26	0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	20
27	0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	5
28	0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	5
29	0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	5
30	0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR	5
31	0204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	5
32	0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	5
33	0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	5
34	0204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	15
35	0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	10



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GUARIBA

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Qtd. Mensal
36	0204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	5
37	0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	20
38	0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	10
39	0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	5
40	0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	5
41	0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	15
42	0204060036	ESCANOMETRIA	6
43	0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	10
44	0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	5
45	0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	10
46	0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	40
47	0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCNEO	5
48	0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	5
49	0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	30
50	0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	40
51	0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	5
52	0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	30
53	0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	10
54	0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	5
QUANTIDADE TOTAL			600

DESCRIÇÃO DO ITEM – MAMOGRAFIA

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Qtd. Mensal
1	0204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	150

DESCRIÇÃO DOS ITENS – ULTRASSONOGRAFIA

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Qtd. Mensal
1	0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	60
1	0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	2
2	0201010585	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	2
QUANTIDADE TOTAL			4



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GUARIBA

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Qtd. Mensal
1	0205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	10
2	0205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	80
3	0205020054	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	45
4	0205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULACAO	50
5	0205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	10
6	0205020097	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	50
7	0205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	10
8	0205020119	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	10
9	0205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	20
10	0205020143	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	50
11	0205020160	ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	10
12	0205020178	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	5
13	0205020186	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	150
QUANTIDADE TOTAL			500

DESCRIÇÃO DOS ITENS – COLONOSCOPIA

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Quantidade Mensal
1	0209010029	COLONOSCOPIA PROFISSIONAL MEDICO	25
2	-	POLIPECTOMIA PROFISSIONAL MEDICO	10
3	-	COLONOSCOPIA SERVICOS HOSPITALARES	25
4	0203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO (BIOPSIA)	5

65

DESCRIÇÃO DOS ITENS – ENDOSCOPIA

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Quantidade Mensal
01	0209010037	ENDOSCOPIA PROFISSIONAL MEDICO	50
02	-	ENDOSCOPIA SERVIÇOS HOSPITALARES	50
03	0203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO (BIOPSIA)	10

110

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Mensalmente a contratada deverá fornecer relatório da quantidade de exames laudados para efetuar o pagamento.

Executar todos os serviços pactuados nas quantidades estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, sem protelações ou alegações de indisponibilidade de pessoal ou recursos técnicos;



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE GUARIBA

A contratada deverá arcar com custos de exames e insumos para a realização do mesmo.

GESTÃO / FISCALIZAÇÃO

Sec. Saúde: Elizabeth Helena Correa Leite/ Bruna de Oliveira Silva

RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO DO TERMO

Bruna de Oliveira Silva

Coordenadora de Área

CPF: 377.055.568-63

SANÇÃO

Pelo descumprimento do pacto, a contratada sujeita-se às penalidades previstas na Lei 8.666/93.

Pelo atraso injustificado na entrega ou pela entrega parcial do produto, após feita a autorização de fornecimento, sujeitará a fornecedora à multa de 1,00 % (um por cento) sobre o valor total da entrega, por dia de atraso.

Pelo fornecimento de produto inadequado, sujeitar-se-á a fornecedora à multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do contrato.

Bruna de Oliveira Silva
Coordenadora de Área

PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

PESQUISA DE PREÇOS

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Qtd. Mensal	Valor Unid. SUS MAC	SANTA CASA	REC. PRÓPRIO UNIT	TAB. SUS TOTAL	REC. PRÓPRIO TOTAL	R\$ GRIGOLETO	SANTA FÉ	CDIPIUL	CONT. 08/6/2022	ARMED
1	0204010055	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	5	R\$ 8,38	R\$ 25,95	R\$ 17,57	R\$ 41,90	R\$ 87,85	R\$ 25,50	R\$ 140,00		R\$ 23,70	R\$ 158,00
2	0204010063	RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	6	R\$ 6,88	R\$ 19,95	R\$ 19,07	R\$ 41,28	R\$ 131,20		R\$ 55,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
3	0204010071	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ)	5	R\$ 9,15	R\$ 25,95	R\$ 16,80	R\$ 45,75	R\$ 153,72		R\$ 60,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
4	0204010080	RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	5	R\$ 7,52	R\$ 25,95	R\$ 18,43	R\$ 37,60	R\$ 138,59	R\$ 34,00	R\$ 55,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
5	0204010128	RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	5	R\$ 8,38	R\$ 25,95	R\$ 17,57	R\$ 41,90	R\$ 147,24	R\$ 35,00	R\$ 65,00		R\$ 21,88	R\$ 158,00
6	0204010136	RADIOGRAFIA DE REGIAO ORBITARIA (LOCALIZACAO DE CORPO ESTRANHIO)	3	R\$ 7,98	R\$ 15,95	R\$ 17,97	R\$ 23,94	R\$ 143,40			R\$ 796,80		R\$ 158,00
7	0204010144	RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (PN + MN + LATERAL + HIRTZ)	20	R\$ 7,32	R\$ 25,95	R\$ 18,63	R\$ 146,40	R\$ 136,37	R\$ 35,00	R\$ 65,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
8	0204010152	RADIOGRAFIA DE SELA TURSCICA (PA + LATERAL + BRETTON)	5	R\$ 7,20	R\$ 15,95	R\$ 18,75	R\$ 36,00	R\$ 135,00	R\$ 35,00	R\$ 55,00			R\$ 158,00
9	0204020034	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	5	R\$ 8,33	R\$ 25,95	R\$ 17,62	R\$ 41,65	R\$ 146,77	R\$ 41,00	R\$ 65,00		R\$ 24,80	R\$ 158,00
10	0204020042	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)	5	R\$ 8,19	R\$ 25,95	R\$ 17,76	R\$ 40,95	R\$ 145,45		R\$ 55,00		R\$ 24,80	R\$ 158,00
11	0204020050	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	5	R\$ 10,29	R\$ 25,95	R\$ 15,66	R\$ 51,45	R\$ 161,14				R\$ 24,80	R\$ 158,00
12	0204020069	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	45	R\$ 10,96	R\$ 25,95	R\$ 14,99	R\$ 493,20	R\$ 164,29	R\$ 35,00	R\$ 55,00		R\$ 25,30	R\$ 158,00
13	0204020077	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	5	R\$ 14,90	R\$ 25,95	R\$ 11,05	R\$ 74,50	R\$ 164,65	R\$ 35,00	R\$ 65,00		R\$ 250,30	R\$ 158,00
14	0204020085	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	5	R\$ 16,88	R\$ 25,95	R\$ 9,07	R\$ 84,40	R\$ 153,10	R\$ 35,00	R\$ 65,00		R\$ 26,00	R\$ 158,00
15	0204020093	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	5	R\$ 9,16	R\$ 25,95	R\$ 16,79	R\$ 45,80	R\$ 153,80	R\$ 35,00			R\$ 26,00	R\$ 158,00
16	0204020107	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICO-LOMBAR	15	R\$ 9,73	R\$ 25,95	R\$ 16,22	R\$ 145,95	R\$ 157,82				R\$ 26,00	R\$ 158,00
17	0204020115	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINAMICA	5	R\$ 15,58	R\$ 25,95	R\$ 10,37	R\$ 77,90	R\$ 161,56				R\$ 26,00	R\$ 158,00
18	0204020123	RADIOGRAFIA DE REGIAO SACRO-COCCIGEA	5	R\$ 7,80	R\$ 25,95	R\$ 18,15	R\$ 39,00	R\$ 141,57	R\$ 28,00			R\$ 26,00	R\$ 158,00
19	0204020131	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL- TELESONDIOGRAFIA (P/ ESCOLIOSE)	5		R\$ 25,95	R\$ 25,95	R\$ 0,00	R\$ 0,00		R\$ 120,00		R\$ 29,20	R\$ 158,00
20	0204030072	RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX)	5	R\$ 8,37	R\$ 25,95	R\$ 17,58	R\$ 41,85	R\$ 147,14	R\$ 33,50	R\$ 55,00		R\$ 25,30	R\$ 158,00
21	0204030099	RADIOGRAFIA DE ESTERNO	5	R\$ 7,98	R\$ 25,95	R\$ 17,97	R\$ 39,90	R\$ 143,40		R\$ 55,00		R\$ 24,80	R\$ 158,00
22	0204030102	RADIOGRAFIA DE MEDIASTINO (PA E PERFIL)	5		R\$ 25,95	R\$ 25,95	R\$ 0,00	R\$ 0,00				R\$ 24,80	R\$ 158,00
23	0204030145	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	5	R\$ 12,02	R\$ 25,95	R\$ 13,93	R\$ 60,10	R\$ 167,44	R\$ 32,00	R\$ 55,00		R\$ 24,80	R\$ 158,00
24	0204030153	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	75	R\$ 9,50	R\$ 25,95	R\$ 16,45	R\$ 712,50	R\$ 156,28	R\$ 32,00	R\$ 65,00		R\$ 24,80	R\$ 158,00
25	0204030161	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OT)	5	R\$ 6,55	R\$ 25,95	R\$ 19,40	R\$ 32,75	R\$ 127,07				R\$ 24,80	R\$ 158,00
26	0204030170	RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	20	R\$ 6,88	R\$ 25,95	R\$ 19,07	R\$ 137,60	R\$ 131,20				R\$ 24,80	R\$ 158,00
27	0204040019	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO	5	R\$ 6,42	R\$ 25,95	R\$ 19,53	R\$ 32,10	R\$ 125,38	R\$ 26,00	R\$ 55,00		R\$ 24,80	R\$ 158,00
28	0204040027	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR	5	R\$ 7,40	R\$ 25,95	R\$ 18,55	R\$ 37,00	R\$ 137,27	R\$ 33,50	R\$ 55,00		R\$ 23,50	R\$ 158,00
29	0204040035	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL	5	R\$ 7,40	R\$ 25,95	R\$ 18,55	R\$ 37,00	R\$ 137,27	R\$ 33,50	R\$ 55,00		R\$ 23,50	R\$ 158,00
30	0204040043	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESPERNO-CLAVICULAR	5	R\$ 7,40	R\$ 25,95	R\$ 18,55	R\$ 37,00	R\$ 137,27		R\$ 55,00		R\$ 23,50	R\$ 158,00
31	0204040051	RADIOGRAFIA DE BRACO	5	R\$ 7,77	R\$ 25,95	R\$ 18,55	R\$ 37,00	R\$ 137,27		R\$ 55,00		R\$ 23,50	R\$ 158,00
32	0204040060	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	5	R\$ 7,40	R\$ 25,95	R\$ 18,55	R\$ 37,00	R\$ 137,27	R\$ 35,00	R\$ 55,00		R\$ 23,20	R\$ 158,00
33	0204040078	RADIOGRAFIA DE COTOVELO	5	R\$ 5,90	R\$ 25,95	R\$ 20,05	R\$ 29,50	R\$ 118,30	R\$ 35,00	R\$ 55,00		R\$ 23,20	R\$ 158,00
34	0204040086	RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO	15	R\$ 5,62	R\$ 25,95	R\$ 20,33	R\$ 84,30	R\$ 114,25				R\$ 22,70	R\$ 158,00
35	0204040094	RADIOGRAFIA DE MAO	10	R\$ 6,30	R\$ 25,95	R\$ 19,65	R\$ 63,00	R\$ 123,80	R\$ 30,00	R\$ 55,00		R\$ 22,70	R\$ 158,00
36	0204040108	RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	5	R\$ 6,00	R\$ 25,95	R\$ 19,95	R\$ 30,00	R\$ 119,70	R\$ 35,00	R\$ 55,00		R\$ 24,20	R\$ 158,00
37	0204040116	RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES)	20	R\$ 7,98	R\$ 25,95	R\$ 17,97	R\$ 159,60	R\$ 143,40		R\$ 55,00		R\$ 23,70	R\$ 158,00
38	0204040124	RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA)	10	R\$ 6,91	R\$ 25,95	R\$ 19,04	R\$ 69,10	R\$ 131,57	R\$ 33,00	R\$ 55,00		R\$ 23,70	R\$ 158,00
39	0204050111	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA)	5	R\$ 10,73	R\$ 25,95	R\$ 15,22	R\$ 53,65	R\$ 162,95				R\$ 25,30	R\$ 158,00
40	0204050120	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS)	5	R\$ 15,30	R\$ 25,95	R\$ 10,65	R\$ 76,50	R\$ 134,65	R\$ 32,50	R\$ 55,00		R\$ 25,30	R\$ 158,00
41	0204050138	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP)	15	R\$ 7,17	R\$ 25,95	R\$ 18,78	R\$ 107,55	R\$ 141,26		R\$ 65,00		R\$ 25,30	R\$ 158,00
42	0204060036	ESCANOMETRIA	6	R\$ 7,77	R\$ 25,95	R\$ 18,18	R\$ 46,62	R\$ 141,26				R\$ 25,30	R\$ 158,00
43	0204060060	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL	10	R\$ 7,77	R\$ 25,95	R\$ 18,18	R\$ 77,70	R\$ 141,26	R\$ 35,00	R\$ 55,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
44	0204060079	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	5	R\$ 7,77	R\$ 25,95	R\$ 18,18	R\$ 38,85	R\$ 141,26		R\$ 55,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
45	0204060087	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA	10	R\$ 6,50	R\$ 25,95	R\$ 19,45	R\$ 65,00	R\$ 126,43	R\$ 35,00	R\$ 55,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
46	0204060095	RADIOGRAFIA DE BACIA	40	R\$ 7,77	R\$ 25,95	R\$ 18,18	R\$ 310,80	R\$ 141,26	R\$ 35,00	R\$ 55,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
47	0204060109	RADIOGRAFIA DE CALCANEIO	5	R\$ 6,50	R\$ 25,95	R\$ 19,45	R\$ 32,50	R\$ 126,43	R\$ 32,00	R\$ 55,00		R\$ 23,50	R\$ 158,00

PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

PESQUISA DE PREÇOS

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Qtd. Mensal	Valor Unit. Tabela SUS MAC	SANTA CASA	REC PROPRIO UNIT	TAB SUS TOTAL	REC PROPRIO TOTAL	RX GHIGOLETO	SANTA FÉ	CDJSUL	CONT ORG/2022	ABMED
48	0204060117	RADIOGRAFIA DE COXA	5	R\$ 8,94	R\$ 22,95	R\$ 17,01	R\$ 44,70	R\$ 152,07		R\$ 55,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
49	0204060125	RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL)	30	R\$ 6,78	R\$ 20,98	R\$ 19,17	R\$ 203,40	R\$ 129,97	R\$ 35,00	R\$ 55,00		R\$ 23,50	R\$ 158,00
50	0204060133	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)	40	R\$ 7,16	R\$ 28,95	R\$ 18,79	R\$ 286,40	R\$ 134,54	R\$ 35,00	R\$ 55,00		R\$ 23,50	R\$ 158,00
51	0204060141	RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)	5	R\$ 9,29	R\$ 25,93	R\$ 16,66	R\$ 46,45	R\$ 154,77					
52	0204060150	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE	30	R\$ 6,78	R\$ 20,98	R\$ 19,17	R\$ 203,40	R\$ 129,97	R\$ 31,00	R\$ 55,00		R\$ 23,50	R\$ 158,00
53	0204060168	RADIOGRAFIA DE PERNA	10	R\$ 8,94	R\$ 25,93	R\$ 17,01	R\$ 89,40	R\$ 170,10	R\$ 27,00	R\$ 55,00		R\$ 24,50	R\$ 158,00
54	0204060176	RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES	5	R\$ 9,29	R\$ 25,93	R\$ 16,66	R\$ 46,45	R\$ 89,30	R\$ 35,00	R\$ 100,00			R\$ 158,00
								R\$ 7.296,31					
								R\$ 4.918,09					

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Qtd. Mensal	Valor Unit. Tabela SUS MAC	SANTA CASA	REC PROPRIO UNIT	TAB SUS TOTAL	REC PROPRIO TOTAL	PRO EXAME	ABMED
1	0204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	100	R\$ 45,00	R\$ 50,00	R\$ 5,00	R\$ 4.500,00	R\$ 500,00		R\$ 160,00
								R\$ 4.500,00		R\$ 225,00

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Quantidade Mensal	Valor Unit. Tabela SUS MAC	SANTA CASA	REC PROPRIO UNIT	TAB SUS TOTAL	REC PROPRIO TOTAL	CONT	ABMED
1	0205010040	ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS	60	R\$ 39,60	R\$ 100,00	R\$ 110,40	R\$ 2.376,00	R\$ 6.624,00	R\$ 90,00	R\$ 500,00
								R\$ 2.376,00		

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Quantidade Mensal	Valor Unit. Tabela SUS MAC	SANTA CASA	REC PROPRIO UNIT	TAB SUS TOTAL	REC PROPRIO TOTAL	CLIN MULHER	CONT 054/2022	ABMED
1	0201.01.0470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	2	R\$ 23,73	R\$ 150,00	R\$ 126,27	R\$ 47,46	R\$ 252,54		R\$ 150,00	R\$ 900,00
2	0201.01.0585	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	2	R\$ 66,48	R\$ 350,00	R\$ 83,52	R\$ 132,96	R\$ 167,04	R\$ 830,00	R\$ 150,00	
								R\$ 180,42	R\$ 419,58		

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Qtd. Mensal	Valor Unit. Tabela SUS MAC	SANTA CASA	REC PROPRIO UNIT	TAB SUS TOTAL	REC PROPRIO TOTAL	CLIN MULHER	UROCLINICA	CONT	INST BOM JESUS	ABMED
1	0205020038	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	10	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 242,00	R\$ 548,00			R\$ 70,00		R\$ 250,00
2	0205020046	ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	80	R\$ 37,95	R\$ 29,00	R\$ 41,05	R\$ 3.036,00	R\$ 3.284,00			R\$ 70,00		R\$ 250,00
3	0205020054	ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO	45	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 1.089,00	R\$ 2.466,00			R\$ 70,00		R\$ 250,00
4	0205020052	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO	50	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 1.210,00	R\$ 2.740,00			R\$ 70,00		R\$ 250,00
5	0205020070	ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	10	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 242,00	R\$ 548,00		R\$ 200,00	R\$ 70,00		
6	0205020097	ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL	50	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 1.210,00	R\$ 2.740,00			R\$ 70,00		R\$ 250,00
7	0205020100	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL	10	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 242,00	R\$ 548,00			R\$ 70,00		R\$ 280,00
8	0205020119	ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL)	10	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 242,00	R\$ 548,00			R\$ 70,00		R\$ 280,00
9	0205020127	ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE	20	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 242,00	R\$ 1.096,00			R\$ 70,00		R\$ 250,00
10	0205020143	ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA	50	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 1.210,00	R\$ 2.740,00			R\$ 70,00		R\$ 250,00
11	0205020160	ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA)	10	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 242,00	R\$ 548,00			R\$ 70,00		R\$ 250,00
12	0205020178	ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELA	5	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 121,00	R\$ 274,00	R\$ 350,00		R\$ 70,00		R\$ 250,00
13	0205020186	ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL	150	R\$ 24,20	R\$ 29,00	R\$ 54,80	R\$ 3.630,00	R\$ 8.220,00			R\$ 70,00		R\$ 300,00
								R\$ 9.922,00					

Item	Código SUS	Descrição do Procedimento	Quantidade Mensal	Valor Unit. Tabela SUS MAC	SANTA CASA	REC PROPRIO UNIT	TAB SUS TOTAL	REC PROPRIO TOTAL	MMT	PLANTÃO	MESES	LABORATORIO	ABMED
1	0209010029	COLONOSCOPIA PROFISSIONAL MEDICO	25	R\$ 112,66	R\$ 402,22	R\$ 289,56	R\$ 2.816,50	R\$ 7.239,00				R\$ 402,22	R\$ 1.299,00
2	-	POLPECTOMIA PROFISSIONAL MEDICO	10	-	R\$ 201,11	R\$ 201,11		R\$ 2.011,10	R\$ 305,00				R\$ 224,40

PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

PESQUISA DE PREÇOS

Item	Código SUS	Descrição da Procedimento	Qtd. Mensal	Valor Unit. Tabela SUS MAC	SANTA CASAS	REC PRÓPRIO UNIT	TAB SUS TOTAL	REC PRÓPRIO TOTAL	RK BRIGOLETO	SANTA FE	CDIPSUL	CONT. 08/2022	ABMED
3	-	COLONOSCOPIA SERVIÇOS HOSPITALARES	25	-	R\$ 275,89	R\$ 225,32		R\$ 5.633,00		R\$ 350,00			
4	0203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO (BIOPSIA)	5	R\$ 24,00	R\$ 33,00	R\$ 9,00	R\$ 120,00	R\$ 45,00			R\$ 112,66		R\$ 224,40
01	0209010037	ENDOSCOPIA PROFISSIONAL MEDICO	50	R\$ 48,16	R\$ 150,83	R\$ 102,67	R\$ 2.408,00	R\$ 5.133,50				R\$ 150,83	R\$ 250,00
02	-	ENDOSCOPIA SERVIÇOS HOSPITALARES	50	-	R\$ 96,32	R\$ 96,32		R\$ 4.816,00		R\$ 350,00	R\$ 112,66		R\$ 550,00
03	0203020030	EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO (BIOPSIA)	10	R\$ 24,00	R\$ 33,00	R\$ 9,00	R\$ 240,00	R\$ 90,00					
								R\$ 5.584,50	R\$ 24.967,60				R\$ 36,66
													R\$ 250,00

VALOR MENSAL TABELA SUS
 VALOR MENSAL RECURSO PRÓPRIO
 VALOR ANUAL TABELA SUS
 VALOR ANUAL RECURSO PRÓPRIO

R\$ 27.481,01
 R\$ 62.275,49
 R\$ 329.772,12
 R\$ 747.305,89


 Mirian Souza
 Setor de Compras
 CPF 190.720.878-01